

Добровольное самостоятельное подтверждение инвалидности

Форма СС-305
Страница 1 из 1

Контрольный номер OMB 1250-0005
Срок действия истекает 30.04.2026

Имя:
Идентификатор сотрудника:
(если это применимо)

Дата:

Почему вас просят заполнить эту форму?

Мы являемся федеральным подрядчиком или субподрядчиком. Закон требует от нас предоставить равные возможности трудоустройства квалифицированным людям с ограниченными возможностями. У нас есть цель, чтобы как минимум 7 % наших работников были людьми с ограниченными возможностями. Закон гласит, что мы должны измерять наш прогресс в достижении этой цели. Для этого мы должны спросить заявителей и сотрудников, есть ли у них инвалидность или была ли она когда-либо. Люди могут стать инвалидами, поэтому нам нужно задавать этот вопрос не реже, чем раз в пять лет.

Заполнение этой формы является добровольным, и мы надеемся, что вы примете в этом участие. Ваш ответ будет конфиденциальным. Никто из тех, кто принимает решения о найме, его не увидит. Ваше решение заполнить форму и ваш ответ никоим образом не повредят вам. Если вы хотите узнать больше о законе или этой форме, посетите веб-сайт Управления программ по соблюдению федеральных контрактов (Office of Federal Contract Compliance Programs, OFCCP) Министерства труда США (U.S. Department of Labor) по адресу www.dol.gov/ofccp.

Как узнать, есть ли у вас инвалидность?

Инвалидность — это состояние, которое существенно ограничивает одно или несколько ваших «основных жизненных действий». Если у вас есть или когда-либо было такое состояние, вы являетесь инвалидом.

Инвалидность включает, помимо прочего:

- Расстройства, связанные с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ (в настоящее время наркотики не употребляются незаконно)
- Аутоиммунные заболевания, например, волчанка, фибромиалгия, ревматоидный артрит, ВИЧ/СПИД
- Слепота или слабое зрение
- Рак (в прошлом или настоящем)
- Сердечно-сосудистые или сердечные заболевания
- Целиакия
- ДЦП
- Глухота или серьезные проблемы со слухом
- Диабет
- Изуродование, например, уродство, вызванное ожогами, ранами, несчастными случаями или врожденными нарушениями.
- Эпилепсия или другое судорожное расстройство
- Желудочно-кишечные расстройства, например, болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника
- Интеллектуальная отсталость или нарушение развития
- Психические расстройства, например, депрессия, биполярное расстройство, тревожное расстройство, шизофрения, посттравматическое стрессовое расстройство.
- Полностью или частично отсутствующие конечности
- Нарушение подвижности с использованием инвалидной коляски, самоката, ходунков, ортезов для ног и/или других средств поддержки
- Нездоровое состояние нервной системы, например, мигрень, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз (РС)
- Нейродивергенция, например, синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ), расстройство аутистического спектра, дислексия, диспраксия, другие нарушения обучаемости
- Частичный или полный паралич (любая причина)
- Легочные или респираторные заболевания, например, туберкулез, астма, эмфизема
- Низкий рост (карликовость)
- Травматическое повреждение мозга

Отметьте одну из граф ниже:

Да, у меня есть инвалидность или она была у меня в прошлом.

Нет, у меня нет инвалидности и ее не было в прошлом.

Я не хочу отвечать

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОБЩЕСТВЕННОЙ НАГРУЗКЕ: В соответствии с Законом о сокращении бумажной работы (Paperwork Reduction Act) 1995 года ни одно лицо не обязано отвечать на сбор информации, если при этом сборе не указан действительный контрольный номер OMB. Заполнение этого опроса займет около 5 минут.

Только для использования работодателем

Работодатели могут изменить этот раздел формы по мере необходимости в целях ведения учета.

Например:

Должность:

Дата приема на работу: